

# ANTRAG

## AUF BEZUSCHUSSUNG VON PRÄVENTION (TEIL 1)






BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

<b>1. ANTRAG ZUR PERSON</b>		Bitte vollständig ausfüllen!
Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:	Versicherten-Nr.:	
Anschrift:		
Telefon:	E-Mail:	
<b>Ich beantrage einen Zuschuss zu der Maßnahme:</b> (Voraussetzung ist eine ungekündigte Versicherung bei der BKK VDN.)		
Kurs-ID:		
Durchgeführt von (Name, Vorname):		
Anschrift:		
Telefon:	E-Mail:	
Ich bestätige, dass ich an der o. g. Maßnahme teilgenommen habe und dass sie vom umseitig genannten Anbieter/Kursleiter persönlich durchgeführt wurde.		
<b>Bei Angeboten von Einrichtungen, die auch Mitgliedsbeiträge erheben:</b> Ich bestätige, dass der Zuschuss der Krankenkasse nicht mit aktuellen, früheren oder zukünftigen Mitgliedsbeiträgen verrechnet wird. Die Teilnahmegebühr wird mir nicht als Geld- oder Sachleistung erstattet. Die Teilnahme am Kurs ist nicht an die Bedingung einer derzeitigen oder zukünftigen Mitgliedschaft geknüpft.		
Ein zu Unrecht erhaltender Zuschuss ist zurückzuzahlen.		
<input checked="checked" type="checkbox"/>	<input checked="checked" type="checkbox"/>	
Ort, Datum		Unterschrift des Versicherten

<b>2. KONTODATEN</b>		Ich bitte um Überweisung auf das folgende Konto:	
Name der Bank:			
IBAN:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	BIC:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input checked="checked" type="checkbox"/>	<input checked="checked" type="checkbox"/>		
Ort, Datum		Unterschrift des Versicherten	

<b>DATENSCHUTZHINWEIS</b>
Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben erfüllen zu können. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie unter <a href="https://www.bkk-vdn.de/datenschutz">https://www.bkk-vdn.de/datenschutz</a> . Auf Wunsch senden wir Ihnen die Informationen per E-Mail oder postalisch zu.
<input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass die BKK VDN die von mir angegebenen persönlichen Daten speichert und nutzt, um mich beraten, meine Anliegen zügig bearbeiten und hierfür ggf. kontaktieren zu können. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Die Daten werden <u>nicht</u> an Dritte weitergegeben.

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

<b>3. BESCHEINIGUNG &amp; VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG</b>		 Vom <b>Anbieter</b> auszufüllen!
Name, Vorname:		hat an folgender Maßnahme
Kursname:	vom: <input type="text"/>	bis: <input type="text"/>
Kurs-ID:		
an: <input type="text"/>	von: <input type="text"/>	Kurseinheiten á: <input type="text"/> Minuten Dauer teilgenommen.
Präventionsprinzip/Inhalt:		 Nur ein Präventionsprinzip ankreuzen, auf dem der Schwerpunkt liegt!
<input type="checkbox"/> Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten <input type="checkbox"/> Vorbeugung/Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete Bewegungsprogramme <input type="checkbox"/> Vermeidung von Mangel-/Fehlernährung <input type="checkbox"/> Vermeidung und Reduktion von Übergewicht <input type="checkbox"/> Förderung von Stressbewältigungskompetenzen <input type="checkbox"/> Förderung von Entspannung <input type="checkbox"/> Förderung des Nichtrauchens <input type="checkbox"/> Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums		
Name Kursleiter:		
Qualifikation:		
Zusatzqualifikation:		
<b>Der o. g. Kursleiter hat die Maßnahme persönlich durchgeführt.</b>		
Die Teilnahmegebühr in Höhe von: <input type="text"/> Euro wurde entrichtet.		
<p>Die Maßnahme wurde von der Krankenkasse als förderfähig anerkannt und nach den Qualitätskriterien des GKV-Leitfadens Prävention in der geltenden Fassung umgesetzt.          Ich versichere, der Steuerpflicht aus den vorgenannten Einnahmen nachzukommen und den Verpflichtungen der Abführung von Beiträgen zur Sozialversicherung zu entsprechen.</p> <p><b>Bei Angeboten von Einrichtungen, die auch Mitgliedsbeiträge erheben:</b> Ich bestätige, dass der Zuschuss der Krankenkasse nicht mit aktuellen, früheren oder zukünftigen Mitgliedsbeiträgen verrechnet wird. Die Teilnahmegebühr wird dem Teilnehmer/der Teilnehmerin nicht als Geld- oder Sachleistung erstattet. Die Teilnahme am Kurs ist nicht an die Bedingung einer derzeitigen oder zukünftigen Mitgliedschaft geknüpft.</p> <p><b>Bei wohnortfernen Angeboten:</b> Ich versichere, dass die Kursgebühr ausschließlich der Bezahlung des genannten Präventionsangebotes dient und es keinerlei Quersubventionierung von Übernachtungs-, Verpflegungs- oder sonstigen Kosten gibt.</p> <p><b>Ich versichere, dass die hier gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.</b>          Die Krankenkasse hat das Recht, die Einhaltung der Kriterien des GKV-Leitfadens Prävention in der geltenden Fassung auch vor Ort unangemeldet zu überprüfen.</p> <p><b>Ich nehme mögliche rechtliche Folgen von Verstößen gegen den GKV-Leitfaden zur Kenntnis:</b> Sofern ich als Anbieter die mir nach dem GKV-Leitfaden Prävention obliegenden Pflichten nicht erfülle und/oder entgegen dessen Bestimmungen handle, kann von der betroffenen Krankenkasse Abhilfe und/oder Unterlassung verlangt werden. Hierfür setzt die Krankenkasse eine angemessene Frist.</p> <p>Bei schwerwiegenden und wiederholten Verstößen kann die betroffene Krankenkasse nach erfolgter Anhörung eine angemessene Strafzahlung bis zu 5.000 Euro festsetzen. Unabhängig davon ist der entstandene Schaden zu ersetzen. Ich verpflichte mich, den Versicherten insoweit freizustellen und zu Unrecht erhaltene Beiträge direkt an die betroffene Krankenkasse zurückzuführen.</p> <p>Schwerwiegende oder wiederholte Verstöße rechtfertigen ferner den Ausschluss von weiterer Förderung der von mir angebotenen Maßnahmen. Schwerwiegende Verstöße gegen den GKV-Leitfaden Prävention sind insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nichterfüllung organisatorischer, sachlicher, fachlicher und/oder personeller Voraussetzungen;</li> <li>• Abrechnung nicht erbrachter Leistungen;</li> <li>• nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen.</li> </ul>		
X		X
Ort, Datum		 Unterschrift und Stempel des Anbieters